

# 訪問歯科健診・訪問口腔ケア体験 申込書

平成 年 月 日

申込者氏名 電話( )	依頼人との関係
----------------	---------

## 依頼人情報

ふりがな 氏名	男・女
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(満 歳)	
住所 〒 電話 ( ) ※連絡の取れる連絡先をご記入ください。	同居者(いる・いない)
介護保険 認定なし・認定あり( 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ) 利用中の介護サービス施設( )	
かかりつけ歯科医院 ( )	なし

## 《受診者の情報》

※内科、その他医療機関の主治医( )

※現在の状況  
むせ( なし・ときどき・頻回にあり )  
座位の保持( 自立・一部介助必要・全面介助 )  
認知症( なし・あり 意思疎通可・あり 意思疎通不可 )  
感染症( )

※歯科訪問診療について  
(なるべく早い段階で希望する・健診の結果次第により希望する・さしあたって健診のみ希望 )

《備考》訪問希望曜日時等  
( )

一般社団法人 港区歯科医師会 Fax (06)6572-3538